

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PAPILLOMES DU NEZ

PAR

Le Dr Honoré MARASPINI

LYON

IMPRIMERIE Vve DESPREZ

6, RUE DE L'HOTEL-DE-VILLE, 6

—

1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PAPILLOMES DU NEZ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PAPILLOMES DU NEZ

PAR

Le Dr Honoré MARASPINI

LYON

IMPRIMERIE Vve DESPREZ

6, RUE DE L'HOTEL-DE-VILLE, 6

—

1902

PRÉFACE

Les papillomes du nez sont excessivement rares, et chaque rhinologiste n'en rencontre qu'un nombre restreint parmi les cas si fréquents de tumeurs du nez qui se présentent à son examen : tumeurs bénignes, telles que polypes muqueux, fibromes, ostéomes, enchondromes, etc. ou malignes, telles que carcinome, sarcome, etc.

Il y aurait donc un certain intérêt à différencier les papillomes du nez d'avec les tumeurs de diverses natures que l'on peut observer.

M. le Dr Garel, médecin des hôpitaux, nous a engagé à faire ce travail ; nous avons fait tout notre possible pour mettre la question au point où elle se trouve actuellement, en résumant tout ce qui a été publié avant nous à ce sujet.

M. le professeur H. Soulier nous a témoigné durant notre séjour à Lyon un intérêt tout particulier ; qu'il veuille bien croire à notre sincère gratitude et à notre vive sympathie. Il nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui en sommes très reconnaissant.

Nous avons fréquenté le service des maladies de la

gorge pendant plus de deux ans, écoutant les savantes leçons que M. le Dr Garel nous donnait avec le plus parfait désintéressement ; nous prions cet excellent maître d'accepter nos remerciements.

M. le professeur agrégé Paviot a bien voulu nous aider dans notre étude anatomo-pathologique ; nous lui exprimons nos sincères remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PAPILLOMES DU NEZ

HISTORIQUE

L'histoire des papillomes du nez remonte à Michel de Cologne qui, en 1876, a publié le cas d'un homme dont la narine gauche était obstruée par une tumeur analogue à un chou-fleur.

Il employa l'anse galvanique et enleva plusieurs petites tumeurs qui siégeaient sur l'extrémité antérieure du cornet inférieur, sur la partie correspondante de la cloison et du plancher des fosses nasales.

Mais il est permis de douter de la nature papillomateuse de ces tumeurs ; Michel, en effet, n'en donne pas l'examen histologique et ne décrit pour tout caractère que l'aspect en chou-fleur.

Après, vient l'observation de Zuckerkandl. Ce dernier dit que la muqueuse du cornet inférieur peut s'hypertrophier et former une surface semblable à celle d'une framboise, que parfois plusieurs papilles de cette muqueuse forment une véritable tumeur distincte, mamelonnée. Zuckerkandl dit n'avoir rencontré qu'un seul cas de ce genre.

En 1883, Hopman publie quatorze observations

recueillies entre cent cas de tumeurs intra-nasales ; il les divise en papillomes épithéliaux, tumeurs en choux-fleurs de bonne nature, et papillomes mous, ces dernier devant être rangés parmi les adénomes, les angiomes et les fibro-sarcomes papillaires.

Mais Noquet et Lacoarret pensent que les quatorze cas d'Hopman étaient plutôt des cas d'hypertrophie papilliforme du cornet inférieur que des papillomes vrais.

Morell-Mackenzie n'a observé que cinq cas de papillomes. Et encore, nous nous croyons autorisé à douter de leur nature papillomateuse, ne trouvant pas décrits, dans l'observation de cet auteur ni les caractères physiques, ni la structure histologique.

Dans son *Traité des maladies des fosses nasales*, Moldenhauer dit que les papillomes du nez sont très rares.

Nous trouvons, publiées en 1885, par P. Aysaguer, deux observations de papillomes des fosses nasales confirmés par l'examen microscopique. Ces deux tumeurs étaient formées par un grand nombre de papilles constituées par du tissu conjonctif dans lequel se trouvaient des vaisseaux capillaires terminés en anse à l'extrémité des papillles. L'épithélium de revêtement était un épithélium cylindrique à cellules assez allongées.

Butlin, en 1885, rapporte un cas de papillome intra-nasal et rejette la classification de Hopmann.

Bosworth n'a rencontré qu'un cas de papillome sur deux cents tumeurs intra-nasales.

En 1886, M. Moure, dans son *Manuel pratique des*

maladies des fosses nasales, cite l'opinion de Hopmann, sur la fréquence relative des papillomes intra-nasaux.

Deux observations détaillées sont publiées par Lacoarret en 1888. Dans la première, il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, se plaignant pour un enchifrènement à peu près constant. L'examen révéla l'existence, à droite, d'un catarrhe purulent avec gonflement de la muqueuse du cornet inférieur qui était irrégulière et légèrement mamelonnée et, à gauche, d'une véritable production polypoïde en forme de grappe, absolument mûriforme, chaque tubercule étant séparé de son voisin par un sillon profond, tumeur en choux-fleurs, du volume d'une grosse cerise, mais de forme plus irrégulière, insérée sur le tiers antérieur du cornet inférieur par un pédicule relativement étroit qui permet des mouvements de va-et-vient, limités seulement par l'étroitesse du méat inférieur. La coloration du néoplasme est d'un gris rosé, plutôt pâle que rouge.

Dans la seconde observation de Lacoarret, il s'agit d'un homme de quarante-six ans qui présente du côté gauche une hypertrophie myxomateuse de la partie antérieure du cornet moyen et une hypertrophie papillomateuse occupant les deux tiers antérieurs du cornet inférieur. Du côté droit, le cornet moyen est en voie de dégénérescence myxomateuse ; la lésion est plus avancée qu'à gauche, le cornet inférieur sur toute sa longueur est envahi par des productions papillaires pédiculisées, d'une coloration rosée, d'une consistance assez ferme. Les masses papillaires de la partie antérieure du cornet inférieur arrivent au contact du cornet moyen et comblent ainsi le méat moyen.

Dans la thèse de J.-M.-L. Robert, nous trouvons un cas de dégénérescence d'aspect papillomateux des cornets inférieurs, observation communiquée à ce dernier par M. Moure. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, qui présente du côté gauche une tumeur mamelonnée, mûriforme, ayant absolument l'aspect en choux-fleurs des papillomes, d'un gris rosé, du volume d'une grosse noisette et insérée par un pédicule assez large au niveau de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Du côté droit, on constate que le cornet inférieur est hypertrophié ; au niveau de l'extrémité postérieure de ce cornet, dégénérescence absolument analogue comme aspect à celle du côté opposé, mais à pédicule plus large. L'examen histologique de la tumeur, enlevée à l'aide de l'anse galvano-caustique, montre qu'il s'agit bien d'un papillome.

M. Noquet était consulté en septembre 1889 par un homme de trente-sept ans, ayant eu dix ans auparavant, un chancre induré et des accidents secondaires, pour une obstruction complète de la fosse nasale droite et pour de fréquentes hémorragies se faisant par la narine correspondante. La rhinoscopie antérieure permit à Noquet d'apercevoir une tumeur rouge sombre, ayant une surface comparable à celle d'une mûre, saignant facilement, molle, mobile, libre sur tout son pourtour, sauf à sa base, qui s'insérait par un pédicule très mince et central, sur le plancher de la fosse nasale, près de sa limite antérieure.

La tumeur est enlevée à l'anse froide et examinée au microscope qui montre un papillome rappelant davantage le papillome muqueux que le papillome corné et

très comparable aux papillomes en chou-fleur, à développement rapide, des organes génitaux.

En 1889, Solis-Cohen publie un cas de papillome du nez coexistant avec une tumeur analogue du larynx.

Le cas présenté par le Dr Mulhall de Saint-Louis en 1890, à l'*American Laryngological Association* était un vrai papillome confirmé par l'examen microscopique.

L'année suivante (décembre 1891) Jonathan Wright rappelle à l'*American Laryncological Association*, le cas d'une femme qu'il avait rapporté quelques mois auparavant (mai 1891) et qui portait des tumeurs multiples de chaque côté de la cloison, sur les cornets inférieurs, sur la face nasale du voile, en même temps qu'une tumeur sous-glottique. Ces tumeurs furent considérées par la plupart des membres de l'Association comme un cas de papillome type. « En réalité, dit Wright, c'était un cas presque unique, et ce dernier, pendant cette même séance, passe en revue la plupart des cas connus jusqu'alors.

Un nouveau cas se présente à l'observation du même auteur en 1894.

Il s'agissait d'une femme, âgée de vingt-huit ans, porteur d'une tumeur obstruant presque complètement la narine gauche et insérée par un pédicule mince sur la partie la plus élevée de la cloison cartilagineuse. Le microscope montra la nature nettement papillomateuse de cette tumeur.

Scanes Spicer (1893) montre à la Société laryngologique de Londres, un enfant de onze ans, dont les narines ont été depuis plusieurs années obstruées par

des tumeurs récidivant après ablation et application d'acide nitrique.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de papillomes.

Un malade, observé par J. Dunn (1893), s'arrache lui-même un papillome du volume d'une fève, le simple frottement du petit doigt ayant suffi.

P. Heymann a rencontré un cas de grosse tumeur de la cloison qu'il regarde comme du papillome (1895).

A la Société viennoise de laryngologie, en 1895, Weill montre une femme de soixante-sept ans, à laquelle il a retiré une tumeur de la cloison grosse comme une noisette. L'examen microscopique fait par le professeur Zuckerkandl a montré qu'il s'agissait d'un véritable papillome.

H. Ripault (1895) rapporte un cas de tumeur obstruant la narine droite et ayant débuté, au dire du malade, par un petit bouton à l'entrée de la narine, écorché plusieurs fois. L'examen histologique a montré la structure du papillome.

Un cas de papillome ayant récidivé trois fois, a été observé par Creswell Baber, en 1895, qui donne comme facteur étiologique, la mauvaise habitude qu'avait le malade de se mettre les doigts dans le nez.

Logan Turner, à la Société laryngologique de Londres (1896), montre les pièces anatomiques et les préparations microscopiques d'un papillome de la cloison du nez. Survenue chez un homme de cinquante-deux ans, la tumeur bouchait complètement les deux narines.

D'Aguanno (1896) cite un cas de tumeur sessile sur

la face interne de l'aile du nez, chez une jeune fille atteinte d'ozène. L'examen microscopique fit reconnaître un fibrome papillomateux avec revêtement de tissu épidermoïde.

Dans un cas observé par Hunter Mackenzie, la muqueuse des deux fosses nasales était parsemée de nombreuses tumeurs sessiles variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de riz. Le microscope révéla le caractère papillomateux de ces tumeurs.

A la Société laryngologique de Londres, en 1898, Yearsley a montré un fragment, la photographie et la coupe d'un papillome de la cloison du côté droit.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sous le nom de papillomes des fosses nasales, il a été décrit, non seulement des papillomes vrais, mais aussi des productions inflammatoires, des polypes à centre œdémateux et même des polypes glandulaire muqueux. Toutes ces tumeurs, quoique de natures très diverses, peuvent revêtir un aspect commun *(tumeur papillaire*, *tumeur en chou-fleur*, *tumeur mûriforme ;* cliniquement elles méritent bien le nom de papillomes, mais histologiquement, il n'en est plus de même.

Pour tâcher d'être clair, nous citerons dans un premier paragraphe les opinions des auteurs qui ont traité avant nous cette question ; dans un second paragraphe, nous dirons de quelle manière nous envisageons les papillomes.

Opinions des auteurs

Hopmann divise les papillomes en papillome épithélial, tumeur en chou-fleur de bonne nature, en papillome mou et en papillome dur.

Virchou a décrit le papillome mou comme fibrome

papillaire, ne lui reconnaissant pas une place spéciale dans la classification des tumeurs ; il le considère comme une tumeur formée de tissu conjonctif et prenant la forme papillaire.

Seifert, Joël, J. Wright n'admettent pas non plus cette variété de papillome ; c'est, pour eux, une hypertrophie glandulaire. Zuckerkandl dit que les papillomes mous ne forment pas un groupe spécial de papillomes, mais bien des productions polypeuses, résultat de produits inflammatoires à surface papillaire.

Hopmann distingue les papillomes durs des papillomes mous par leur richesse en épithélium. Les papillomes mous sont pauvres en épithélium, les papillomes durs sont riches en épithélium. Les premiers prennent naissance dans les endroits formés de tissu épithélial cylindrique et se distinguent par un stroma délicat, par un tissu riche en vaisseaux et par une couche mince d'épithélium : les seconds n'apparaissent que sur les endroits recouverts d'épithélium pavimenteux.

D'après Seifert-Kahn, le caractère papillaire est en relation, d'une part avec la croissance du tissu de soutien sous-épithélial et, d'autre part, avec la pénétration de l'épithélium sous forme de sillons et de bourgeons ; les papilles sont très serrées, longues et minces, et recouvertes d'un épithélium stratifié.

Schœffer appelle les tumeurs décrites par Hopmann, tumeurs télangiectasiques ; Steinbrügge, fibromes télangiectasiques ; Zarniko, fibromes caverneux et fibromes adénomateux ; Soliscohen, végétations dendritiques.

Thost soutient que les papillomes de Hopmann sont des fibromes ou des adénomes.

D'après Raissert, lorsque l'épithélium de la muqueuse nasale s'est changé en épithélium stratifié, un papillome dur peut prendre naissance; et Joël, dans son traité dit : Il faut distinguer des fibromes papillaires, ces formations de caractère purement épithélial qui se développent à l'entrée du nez, et plus rarement dans la cavité du nez, là où l'épithélium cylindrique normal, a dû céder la place à un épithélium stratifié, *par exemple à la suite d'une rhinite atrophique.*

Pour Seifert-Kahn, ce qui caractérise le papillome, c'est une couche épaisse d'épithélium pavimenteux, semblable à la couche qui recouvre les papilles de la peau; ces papilles ont un stratum corné bien net et présentent de profondes invaginations dans le tissu de soutien. Hopmann accepte que le caractère papillaire est causé par la pénétration de traînées épithéliales dans le tissu de soutien sous-épithélial. Zuckerkandl est du même avis.

D'après Zarniko, le noyau de la tumeur consiste en un tissu œdémateux, lâche, sans glandes et avec peu de vaisseaux. Le tissu de soutien contient de petites cellules surtout autour des vaisseaux. L'épithélium est en partie cylindrique, en partie pavimenteux ; ce dernier très épais contient à certains endroits des cellules vacuolaires avec un contenu granuleux.

Dans l'épithélium pavimenteux pénètrent des prolongements de tissu de soutien, c'est-à-dire des papilles.

Dans le cas de Hellman, une partie de la tumeur ressemblait à des grappes à petits grains, d'autres parties étaient cornées et en forme de framboise, d'autres

encore étaient lisses et en forme de chou-fleur. Il y avait un tissu de soutien qui envoyait des ramifications dans les différents grains de la tumeur; la couche épithéliale jaunâtre était en certains points mince et légère, en d'autres si épaisse que le tissu de soutien disparaissait presque. Le tissu de soutien était à certaines places fortement infiltré de petites cellules; on ne voyait nulle part de glandes. Certaines parties de l'épithélium présentaient des cavités de différentes grosseurs à contenu clair; quelques-unes étaient remplies de petites cellules rondes ou de sang.

Notre manière d'envisager les papillomes.

Dans l'expression de papillomes des fosses nasales, il y a nous semble-t-il deux choses, le point de vue clinique et le point de vue histologique.

Le point de vue clinique est une définition que l'on pourrait formuler :

Toute tumeur pédiculée ou sessile, mais présentant en surface une ou plusieurs végétations papillaires ou papilliformes rappelant l'aspect grossier des papilles linguales qui ont servi de point rapprochement.

Le point de vue histologique, et celui-là doit répondre à une définition précise, c'est à savoir que l'on ne peut appeler papillome que les productions à revêtement épithélial soit cylindrique, soit ectodermique stratifié.

De plus, ce revêtement doit recouvrir des axes conjonctivo-vasculaires multiples eux-mêmes comme les végétations de la production ou, toutefois, quand il

s'agit d'un papillome ectodermique stratifié, il peut se faire que l'apparence papilliforme ne soit pas fournie par des axes conjonctivo-vasculaires, mais par des productions saillantes individualisées se formant aux dépens seulement de l'épithélium stratifié qui fait des productions saillantes ; quant à la base du papillome lui-même, les véritables papilles dermiques sont à peine hypertrophiées.

La première variété de papillome, c'est-à-dire celle qui est revêtue d'épithélium cylindrique aura sa division en papilles ou en villosités imprimées surtout par les axes conjonctivo-vasculaires ; la seconde variété au contraire, aura ces mêmes divisions ou papilles imprimées beaucoup plus par l'épithélium de la surface.

A un point de vue terminologique exact et serré, on ne doit admettre comme capables de produire un véritable papillome que des muqueuses normalement à papilles et, pour nous en référer à une autorité, nous dirons avec Cornil et Ranvier : « La définition des papillomes sera donnée par celle des papilles elles-mêmes.

Or, on sait que les papillles sont constituées par un tissu conjonctif servant de support aux vaisseaux qui viennent s'y terminer en un réseau de capillaires ou en une anse vasculaire, et qu'elles sont tapissées par un revêtement épithélial.

Ces excroissances normales, par lesquelles se limitent la peau et certaines muqueuses, sont tantôt recouvertes de couches stratifiées d'épithélium pavimenteux et corné, tantôt elles sont tapissées d'un épithélium muqueux.

Ces deux types normaux nous serviront à établir deux espèces de papillomes : les papillomes cornés et les papillomes muqueux, »

Comme nous le disions plus haut, il est bien évident quand on lit les descriptions données par les auteurs que nous avons cités au commencement de ce chapitre, qu'il a été décrit comme papillomes des fosses nasales, non seulement des papillomes vrais répondant à la définition de Cornil et Ranvier, mais aussi des productions inflammatoires, des polypes à centre œdémateux et même des polypes glandulaires muqueux.

Bien plus, on reconnaît à la description des auteurs, qu'ils avaient fréquemment affaire à des lésions inflammatoires ; on démêle aussi que souvent soit par érosions traumatiques, soit par applications topiques, les papillomes même vrais qu'ils décrivaient, outre la réelle production papillomateuse, présentaient encore des lésions infectieuses de surface comme le prouve l'infiltration, dans la profondeur des axes conjonctifs, de cellules rondes inflammations.

Quant à la question des glandes, il est bien certain que dans les papillomes muqueux, dans cette forme molle souvent à revêtement d'épithélium cylindrique, dont la masse est en grande partie fournie par le tissu feutré plus ou moins dense sous-épithélial, les glandes normales de la muqueuse peuvent se retrouver. Elles suivent, pour ainsi dire, le développement du tissu qui normalement les contient ; mais dans la production elle-même, elles sont rares, écartées, parce que ce n'est pas à leurs dépens, ni par leur hyperplasie que la tumeur se forme. Au contraire, l'hypertrophie du

tissu sous-épithélial ne peut qu'écarter les éléments glandulaires qui, proportionnellement à la surface observée, deviennent plus rares.

Qu'à la base de ces productions papillomateuses à revêtement cylindrique, ou que, dans le fond des sillons interpapillaires, ces mêmes glandes, normales toujours, subissent certains phénomènes de rétention, certaines transformations dues à l'infection légère, nous n'en doutons pas. Mais, quoi qu'il en soit, elles ne subissent dans cette variété de tumeurs, qu'une sorte d'entraînement parallèle, sans prendre part à leur édification.

Dans les papillomes du type ectodermique corné, cette forme dans laquelle les saillies se font surtout grâce à des édifications appartenant en propre à l'épithélium de revêtement, les glandes qui se trouvent dans le point intéressé, restent forcément vers la base de la production, dans leur habitat normal, c'est-à-dire le tissu conjonctif sous-muqueux ; c'est à peine si l'on peut voir parfois le col de ces glandes étirées par le développement de la couche épithéliale sus-jacente en hypertrophie.

Nous ne nous occupons pas là des productions végétantes que l'on pourrait rencontrer à la surface de la muqueuse des fosses nasales, et dont l'édification appartiendrait en propre à l'hypertrophie en nombre et en volume des glandules de cette muqueuse. Ceci répondrait à la définition des polypes glandulaires muqueux vrais.

Sur la coupe, de telles tumeurs ne nous montreraient que des productions glandulaires vraies ; très serrées, très voisines les unes des autres et on sait qu'en géné-

ral, ces productions n'affectent pas la forme papillaire.

On conçoit qu'un papillome volumineux soumis un jour à une infection qui a pu s'éteindre et dans lequel les petites cellules inflammatoires ont été remplacées par un tissu scléreux inodulaire, ait pu être regardé comme n'appartenant pas à la classe des papillomes. Pour nous, la présence d'un centre conjonctif plus ou moins scléreux, plus ou moins dense, ne suffit pas à faire sortir de la classe des papillomes une production qui répond par tous ses autres caractères à notre définition. Cependant, nous sommes bien d'avis qu'une tumeur fibreuse naissant sur un point quelconque des fosses nasales et se coiffant de la muqueuse ne fait pas partie de la classe des papillomes. D'ailleurs, elle en serait aisément différenciée, non pas par les caractères de l'épithélium qui recouvre ses divers lobes, mais par le caractère histologique de la production fibreuse elle-même.

C'est en vertu de ces considérations générales que nous n'admettrons pas avec Robert que les papillomes des fosses nasales ne puissent appartenir qu'à la variété des papillomes muqueux ; il est certain que dans les parties antérieures des fosses nasales à revêtement ectodermique stratifié, il doit pouvoir se produire des papillomes du type ectodermique stratifié, histologiquement analogues aux papillomes cornés de la peau.

C'est en vertu de ces mêmes considérations que nous ne pensons pas avec Virchow que les fibromes papillaires, par ce fait qu'ils ont une grosse abondance de tissu conjonctif, doivent être de ce seul fait classés

dans les fibromes ; le fibrome en effet a des caractères de tumeur bien déterminée, et il faut encore savoir histologiquement ne pas le confondre avec un tissu conjonctif, résultat d'nne inflammation lente ou ancienne qui peut avoir frappé le papillome incidemment un jour au cours de son développement.

Nous admettrions aussi très volontiers avec Hopmann que les papillomes mous sont pauvres en épithélium, prenant naissance dans les endroits à revêtement cylindrique, tandis que les papillomes riches en épithélium et stratifié pavimenteux sont plus durs et apparaissent dans les endroits revêtus d'épithélium pavimenteux.

SIÈGE

Le siège le plus fréquent des papillomes semble être la cloison ; ils n'ont cependant pas une prédilection marquée pour cette partie des fosses nasales. On les rencontre aussi sur le plancher, la portion convexe du cornet inférieur et sur la face interne du cartilage de l'aile du nez au point où il se réunit à celui du côté opposé, tout près de la pointe du nez (Morell-Mackenzie).

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des papillomes ne nous est pas bien connue. C'est chez l'adulte qu'on les rencontre le plus fréquemment. Scanes Spicer a rapporté un cas de papillome chez un enfant de onze ans ; c'est dire que l'âge n'est pas un facteur important.

Le catarrhe nasal purulent et à forme sèche (Hopmann), le coryza chronique peuvent être le point de départ de la production papillaire.

Pour Moure, ce serait surtout chez les malades atteints de coryza atrophique qu'on trouverait les papillomes. D'après Cornil et Ranvier, l'analogie de leur structure avec celle des bourgeons inflammatoires fait supposer que l'origine et la cause de ces néoformations sont identiques.

Toute irritation mécanique ou inflammatoire peut donner naissance à un papillome.

Les traumatismes, l'action des poussières irritantes, le tabac à priser, peuvent aussi être incriminés ; et l'on

a même prétendu que l'habitude de se mettre les doigts dans le nez jouait un rôle dans la dégénérescence papillomateuse. Notons, à propos des agents déterminant par leur contact avec la muqueuse, une action destructive, que l'inflammation chronique de la pituitaire est observée très fréquemment, indépendamment de toute dégénérescence papillomateuse.

SYMPTOMES

La présence des papillomes dans les fosses nasales, donne lieu à des symptômes semblables à ceux qui accompagnent les autres tumeurs du nez, et spécialement les polypes muqueux. Il n'y a guère que les épistaxis fréquentes qui semblent être l'apanage des papillomes ; ceci n'est pas non plus pathognomonique, on sait en effet que certaines tumeurs malignes saignent au moindre contact et même spontanément.

Le papillome s'installe sans bruit, et ce n'est que plus tard que surviennent l'enchifrènement, le nasonnement, le ronflement pendant le sommeil et enfin l'obstruction nasale complète.

Quelquefois le malade éprouve de fréquents besoins de se moucher, et rend des filets de sang mélangés à des produits de sécrétion anormaux, simulant un coryza chronique.

Lorsque la tumeur est pédiculée le malade a la sensation d'un corps étranger mobile, dans les fosses nasales ; la gêne de la respiration est en rapport avec le volume, le nombre et le siège des papillomes, mais dans la plupart des cas, cette gêne n'est pas aussi considérable que celle qu'apportent les polypes muqueux,

ces derniers acquièrent en effet des dimensions bien supérieures à celles des papillomes et sont le plus souvent multiples.

La déglutition peut être entravée, quand un papillome d'un certain volume siège dans l'arrière-narine.

L'ouïe peut être diminuée dans le cas où la tumeur occasionnerait de l'inflammation se propageant au voisinage de la trompe d'Eustache.

La perte de l'odorat n'est pas rare, la tumeur apportant un obstacle à la pénétration de l'air et des particules odorantes vers la région olfactive.

Lorsque le volume de la tumeur ou sa bilatéralité nécessitent la respiration buccale, il en peut résulter une inflammation de la gorge.

Les épistaxis parfois fréquentes dépendent de la vascularisation abondante des papillomes. Suivant Hack, Moure et Saudman, lorsque les tumeurs papillaires siègent sur la zone antérieure des fosses nasales innervée par l'ethmoïdal, on observe de la toux et des éternuements fréquents.

Enfin si les papillomes atteignent des proportions considérables, ils peuvent déterminer des déformations des cartilages du nez.

Passons maintenant en revue les signes physiques qui nous aideront plus que les symptômes fonctionnels à établir le diagnostic de papillome.

Parfois la tumeur est visible en renversant la tête du malade et en écartant les narines ; quand le siège est situé plus profondément, la rhinoscopie antérieure et même la rhinoscopie postérieure devront être employées.

Les papillomes ont une coloration blanc grisâtre, tirant quelquefois sur le rouge; leur volume très variable peut être tel qu'il obstrue complètement la narine, leur aspect est mûriforme, en chou-fleur. Ils sont mobiles sur un pédicule plus ou moins épais, à moins que la tumeur par ses dimensions trop considérables ne remplisse la cavité nasale et ne touche par la plus grande partie de sa surface aux parois de la narine.

Ils sont recouverts de mucosités. Si on cherche à les mobiliser avec le stylet, on les trouve plus résistants que les polypes muqueux, et on provoque parfois une épistaxis, lors même que le contact ait été léger.

Lorsque la tumeur unique ou multiple a acquis un volume très considérable, elle peut s'ulcérer et donner lieu à un écoulement louche mêlé de sang et d'odeur fétide.

DIAGNOSTIC

En présence d'une tumeur bosselée, à pédicule, de coloration blanc grisâtre ou gris rosé, on est tenté de porter le diagnostic de papillome et, cependant, il n'en doit pas être ainsi ; nous avons vu, en effet, que nombre de tumeurs peuvent revêtir l'aspect papilliforme, sans être pour cela de véritables papillomes. C'est dire que les caractères des papillomes n'ont rien de pathognonomique. Aussi, dans ce chapitre, aurons-nous en vue de faire songer au papillome, plutôt que de faire un diagnostic précis.

Les symptômes fonctionnels pourraient parfois faire croire à un simple coryza chronique, mais le *speculum nasi* lèvera tous les doutes en montrant l'existence d'une tumeur.

Les déviations de la cloison ne pourraient pas donner le change bien longtemps, l'absence de pédicule, leur coloration plus foncée, leur surface ordinairement lisse sont des caractères qui n'appartiennent pas aux papillomes.

Les corps étrangers, les calculs pourraient quelquefois faire croire à la présence d'un papillome, car ils sont habituellement recouverts de mucosités et ont

alors l'aspect de tumeurs, mais en enlevant les mucosités qui les recouvrent et en faisant une injection dans la fosse nasale, on arrivera facilement au diagnostic.

Les polypes muqueux ont un aspect différent. Ils sont blanc grisâtre, absolument lisses, ont une consistance gélatineuse, élastique. Leur siège habituel est le méat moyen, ils s'insèrent quelquefois sur les parties latérales du nez, quelquefois même sur la cloison, mais jamais sur le plancher.

L'adénome présente une consistance ferme, semblable à celle de l'enchondrome, sa surface est lisse, sa coloration grisâtre.

Les sarcomes et les carcinomes prennent généralement naissance sur la cloison ; au début, ils ont une consistance dure et, à l'inverse des papillomes qui occasionnent surtout de la gêne, ils causent de vives douleurs. En outre, les sarcomes et les carcinomes s'ulcèrent de bonne heure en provoquant une sécrétion ichoreuse, abondante et putride.

Les épithéliomas peuvent aussi être pris pour des papillomes, d'autant plus que ces derniers sont susceptibles de subir à un moment donné la transformation en tumeur maligne. Aussi, Dreyfuss propose-t-il de les placer au point de vue clinique à côté des épithéliomas.

En dehors de cette particularité, on pourra les différencier ; l'épithélioma a une tendance destructive, produit un suintement fétide, retentit sur l'état général et produit un engorgement ganglionnaire de la région du cou.

On ne confondra pas avec les papillomes les enchon-

dromes et les ostéomes ; leur dureté ligneuse, leur aspect lisse seront de bons éléments de diagnostic.

Le diagnostic est plus difficile entre les papillomes et l'hypertrophie papillaire de la muqueuse pituitaire. Celle-ci est caractérisée par des mamelons plus ou moins irréguliers, des saillies d'aspect mûriforme et siégant le plus souvent au niveau de la partie antérieure ou moyenne des cornets inférieurs, Dans tous les cas, l'examen histologique devra être fait pour trancher la question.

PRONOSTIC

Les papillomes des fosses nasales sont des tumeurs essentiellement bénignes, dont le développement est très lent et la durée indéfinie à moins qu'un traitement efficace ne vienne leur donner un terme.

En dehors de la transformation en tumeur maligne qu'ils pourraient subir, les papillomes ne retentissent pas sur l'état général, toutefois il faut prendre en considération les épistaxis fréquentes qu'ils occasionnent. L'obstruction nasale dans le cas de papillomes multiples, volumineux, n'est pas sans inconvénient.

La récidive est assez fréquente, puisque, dans le cas de Verneuil, quatre opérations furent suivies de quatre récidives.

TRAITEMENT

Le traitement des papillomes des fosses nasales comprend deux indications :

1° Ablation de la tumeur :

2° Cautérisation du point d'implantation pour empêcher la récidive.

L'ablation du papillome doit se faire à l'anse galvanique de préférence ; dans les cas où l'on n'aurait pas à sa disposition l'anse galvanique, on pourrait se servir de l'anse froide.

Les papillomes du nez pourraient avoir un volume tellement considérable que l'ablation à l'anse ne fût pas possible. Dans ce cas on devra recourir à une opération complémentaire, nous n'insistons pas, cette occurrence étant excessivement rare.

Si l'ablation du papillome est suivie d'hémorragie, on aura recours au tamponnement simple, à l'aide d'un tampon d'ouate aseptique, préparée à l'antipyrine, à l'acide trichloracétique, à l'iodoforme ou à la ferripyrine. On pourra également imprégner le coton d'eau de Pagliari ou d'eau oxygénée à 12 volumes.

La cautérisation du point d'implantation sera faite avec l'électro-cautère ou le chlorure de zinc. Il sera bon, afin de prévenir l'inflammation, d'insuffler une petite quantité d'une poudre antiseptique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Papillome de la cloison.

M. F..., de Saint-Étienne, trente-cinq ans, consulte le Dr Garel le 6 novembre 1891.

Il saigne de la narine droite depuis la première enfance. Vers douze ou treize ans, nombreuses épistaxis de longue durée. Depuis cette époque, il mouche presque tous les jours du sang.

Quelques granulations sur la paroi postérieure du pharynx. Tumeur papillomateuse occupant la partie antéro-inférieure de la cloison, vis-à-vis l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

Ablation du papillome à l'anse.

27 novembre. — Le malade n'a plus saigné depuis l'opération et n'a pas éprouvé la moindre douleur.

Examen microscopique. — La petite tumeur est grosse comme une lentille après durcissement et présente l'aspect mûriforme, villeux des papillomes plongés dans l'alcool. Au microscope, c'est un papillome typique. Il se compose de cellules épidermiques formant des bourgeons très serrés et séparés par un stroma très petit aux énormes masses épidermiques. Au sein de ce stroma qui ne se présente que

sous forme de boyaux allongés et très amincis de tissu conjonctif à fibres suivant l'axe des boyaux, il y a de nombreux vaisseaux remplis de globules rouges. Comme toujours en pareil cas, les cellules épidermiques sont disposées en séries radiées ; elles sont polyédriques par pression réciproque ; à mesure qu'on se rapproche de la surface, on les voit s'allonger et leurs noyaux s'aplatir progressivement.

La zone d'éléidine n'est pas visible.

OBSERVATION II

Papillome de la cloison.

Mme D..., de Saint-Claude, âgée de trente-huit ans, consulte M. le Dr Garel le 21 mars 1898 pour une tumeur de la narine droite datant de huit ans. État général parfait. La malade prétend avoir fait une chute sur le nez, il y a treize ans. Depuis sept ans, épistaxis fréquentes, mais peu abondantes. Depuis l'hiver dernier, la tumeur augmente de volume, c'est ce qui décide Mme D... à consulter le Dr Garel. A la rhinoscopie antérieure, on constate une tumeur large, mûriforme, plutôt dure, à dépression centrale un peu taillée à l'évidoir, saignant facilement, mais peu à la fois, insérée sur la cloison à droite.

Ablation à l'anse par parcelles. Il reste une surface d'implantation large comme une pièce de 50 centimes.

Pas d'hémorragie.

25 avril. — Le point d'implantation de la tumeur est formé de la façon suivante : Une surface ovalaire donnant au stylet l'impression d'une substance cartilagineuse, mais pas de perforation.

Le bord est formé par un bourrelet saillant de 1 millimètre d'épaisseur.

Le point d'implantation se faisait très près de la gouttière du dos du nez.

1er avril 1901. — Récidive depuis six mois sous forme de tumeur saignant peu relativement.

OBSERVATION III

J. J..., âgé de vingt-six ans vient consulter M. le Dr Garel le 21 mars 1899 pour une obstruction nasale partielle. Quelques jours auparavant, J. J... était allé voir M. le Dr Adenot qui constata vers la partie inférieure de la cloison une tumeur d'aspect papillaire et conseilla au malade d'aller voir M. le Dr Garel.

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires, ni dans les antécédents personnels. *(Nous ferons plus loin une remarque à ce sujet.)*

Ablation à l'anse galvanique de la tumeur de la cloison et aux ciseaux d'une petite tumeur de même aspect siégeant sur la luette.

29 mai 1902. — *Nous sommes allé voir M. le Dr Adenot pour savoir si la tumeur n'avait pas récidivé.*

Tout en nous apprenant qu'il n'y a pas eu de récidive, M. le Dr Adenot a eu l'obligeance de nous donner les renseignements suivants :

Après l'ablation de son papillome, J. J... trouvant son nez tuméfié a été consulter M. le Dr Royet, qui trouva de chaque côté de la cloison, vers la partie supérieure, de petits bourgeons rappelant la chondrite végétante ; il constata en même temps que le nez était tuméfié dans ses parties cartilagineuses, douloureux à la pression. M. le Dr Royet porta

le diagnostic de chondrite végétante de la cloison et syphilis nasale héréditaire.

Ablation à la curette des bourgeons de la cloison. Cautérisations superficielles. Iodure de potassium à dose de 5 grammes par jour.

J. J... a été très amélioré par l'usage de l'iodure, il continue à en prendre et se porte très bien actuellement.

Cette observation est intéressante, car nous ne croyons pas qu'on connaisse beaucoup de cas de syphilis nasale héréditaire. Remarquons toutefois que J. J. n'a jamais eu d'autres manifestations syphilitiques, qu'il est marié et qu'il a des enfants bien portants et sans aucune tare.

Examen histologique de la tumeur de la cloison

La tumeur paraît bien être un papillome du type ectodermique, mais le centre est plus embarrassant comme interprétation, car il est constitué par une nappe de petites cellules rondes paraissant de nature lymphatique, nappe dans laquelle plongent les boyaux interpapillaires. Cette nappe est très vascularisée.

En somme : papillome du type ectodermique corné sur une infiltration lymphoïde centrale.

OBSERVATION IV

(Logan Turner.)

Papillome de la cloison.

Il s'agit dans ce cas d'un homme de cinquante-deux ans qui avait commencé trois ans auparavant à avoir de la gêne dans la narine droite, gêne qui augmenta peu à peu après un traumatisme et devint très marquée deux ans

plus tard après un deuxième coup sur le nez. Une tumeur faiblement saignante fit son apparition à l'entrée de la narine, en même temps que la narine gauche s'obstruait complètement à son tour, par déviation simple de la cloison comme le montra l'examen.

La tumeur qui déterminait une très petite saillie du nez, se présentait à la narine sous forme d'une masse recouverte d'une muqueuse, sans ulcération, de consistance ferme, ne permettant l'introduction ni du spéculum, ni d'une sonde. Opération chirurgicale par décollement de l'aile droite du nez : la tumeur naît de la cloison à laquelle elle adhère par une large base. Il y a en outre plusieurs petites tumeurs indépendantes et pédiculées, ce qui fait disséquer et enlever la muqueuse dans sa totalité. L'examen montra qu'il s'agissait d'un papillome vrai.

OBSERVATION V

Papillome de la cloison.

7 juin 1895. — Société Viennoise de Laryngologie. — Weil montre une femme de soixante-sept ans, à laquelle il a retiré quelques semaines auparavant un papillome de la cloison, gros comme une noisette. Il était apparu il y a un an environ, et avait lentement augmenté ; il était d'un rouge vif, d'une consistance assez dure et en forme de grappe avec une surface profondément segmentée ; il ne provoquait aucune douleur et saignait un peu lorsque la malade y touchait souvent ; il était fixé par un pédicule épais d'à peu près 2 millimètres, à la partie antéro-supérieure de la cloison, presque à la limite de la muqueuse, il remplissait presque toute la fosse nasale, et fut extrait pour ainsi dire

sans hémorragie. Tout le reste du nez est parfaitement normal.

Le professeur Zuckerkandl a eu la bonté de faire l'examen microscopique; on voit des papilles assez riches en vaisseaux très ramifiées, et de l'épithélium pavimenteux extrêmement développé. Ce n'est qu'au fond des inflexions de la surface que l'on trouve souvent des couches d'épithélium cylindrique, mais ni glandes ni aucune manifestation inflammatoire.

Il s'agit donc d'un véritable papillome.

OBSERVATION VI

(H. Ripault.)

Un cas de papillome confluent des fosses nasales.

Le nommé P... E., trente-six ans, se présente à la consultation de M. le Dr Gougenheim le 24 juin 1895 pour une obstruction de la narine droite.

Le début de l'affection remonte à quatre ans environ; au dire du malade, il existait un petit bouton à l'entrée de la narine; celui-ci fut écorché plusieurs fois et, c'est à la suite de ces grattages répétés que se serait développée la tumeur qui nous occupe.

A l'inspection directe, on trouve la narine absolument obstruée par une tumeur solide, d'un gris rosé, d'aspect mamelonné, ferme au toucher, saignant facilement au contact du stylet qui la pénètre facilement. Par l'examen, on constate que cette tumeur framboisée est formée par un grand nombre de lobes isolés dont les uns s'insèrent sur la cloison, les autres sur le plancher et sur toute la surface des téguments internes de l'aile du nez.

La tumeur est peu sensible et ne détermine d'autres troubles que ceux innhérant à l'obstruction totale d'une narine. Celle-ci est de plus manifestement déformée, pas d'épistaxis.

L'examen rhinoscopique de l'autre narine, de la gorge du rhinopharynx, ne montre rien d'anormal; pas de papillomes ni verrues en aucune région.

Pas d'antécédent, bonne santé générale.

Ablation avec la curette de la tumeur qui est très friable et saigne abondamment.

Nous raclons avec soin les points d'implantation de cette tumeur qui s'insère sur tout le pourtour de l'ouverture de la narine jusqu'à une profondeur de 2 centimètres environ et même sur la tête du cornet inférieur, absolument normal d'ailleurs.

Vu l'étendue de l'implantation, nous ne pratiquons pas de cautérisation ignée et nous nous bornons à des frictions énergiques avec une solution forte d'acide lactique.

L'examen histologique a montré la structure du papillome.

Jusqu'ici, pas de récidive.

OBSERVATION VII

(Yearsley.)

Papillome de la cloison.

E. B...., femme âgée de vingt ans, se plaignant de douleurs datant de trois mois, dans la narine droite. A l'examen, on voit une petite tumeur papillaire naissant de la cloison cartilagineuse, à 3/4 d'inch de l'orifice nasal.

En la touchant, la tumeur a saigné rapidement. En

même temps, rhinite hypertrophique et une légère crête du côté droit. La tumeur a été enlevée à l'anse froide.

A l'examen histologique, les papilles étaient constituées par un vaisseau central avec un léger stroma fibreux, recouvert de plusieurs couches d'épithélium.

OBSERVATION VIII

(Hunter Mackenzie.)

Un cas de papillome diffus.

Un homme âgé de trente ans, vint me voir le 2 avril 1896, se plaignant d'obstruction nasale partielle. En mai 1887, il a eu les deux fosses nasales cautérisées pour épaississement de la muqueuse.

Pas de syphilis, mais un peu d'alcoolisme. Dans les deux narines, de nombreuses tumeurs sessiles variant comme volume de la tête d'une épingle à un grain de riz. La plus grande partie de ces tumeurs étaient de dimension intermédiaire à ces deux limites. Ces tumeurs étaient plus abondantes vers les parties supérieures des fosses nasales. Les deux côtés étaient également affectées. Plusieurs de ces tumeurs furent enlevées à l'anse froide, mais la plus grande partie, par la curette nasale. Quatre mois après, pas de récidive.

Le microscope montra le caractère papillomateux indéniable des tumeurs.

CONCLUSIONS

I. Les papillomes intra-nasaux sont très rares.

II. L'examen histologique est indispensable pour affirmer la nature papillomateuse d'une tumeur présentant tous les signes physiques d'un papillome.

III. Il n'y a que deux espèces de papillomes du nez : le papillome du type ectodermique stratifié, et le papillome à revêtement épithélial cylindrique.

IV. Le pronostic est ordinairement bénin.

V. Le traitement est essentiellement chirurgical. Il faut enlever la tumeur le plus tôt.

VI. La récidive est relativement fréquente.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Michel, Krankheiten der Nasenhöhle, 1876.
Zuckerkandl, Normale und pathol. Anatomie des Nasenhohle. Wien., 1882.
Elsberg, Archives of Laryngology, 1880.
Morell-Mackenzie, Traité des maladies du nez, 1887. Traduit et annoté par Moure et Charazac.
Moldenhauer, Traité des maladies des fosses nasales. Traduit et annoté par Potiguet. Paris, 1888.
Hopmann, Wien. med. Presse, 1883.
Aysaguer, Annales des maladies de l'oreille, 1885.
Verneuil, Bulletin et mém. de la Soc. de chirurgie de Paris, 1886.
Solis-Cohen, Rev. de laryng., 1889.
Schaffer, Wien. med. Presse, 1883.
Chiari, Rev. mens. de laryng., 1886.
Lacoarret, Rev. mens. de laryng., 1889.
Moure, Manuel des maladies des fosses nasales, 2e édition.
Noquet, Rev. de laryngol., 1891.
Bosworth, Diseases of the Nose and Throat, 1890.
Birch-Hirshfeld, Edition de 1887.
De Santi, the Lancet, 1894.
J. Wright, New-York. med Journal, 1891 et 1893.
Garel et Collet, Annales de Gougenheim, 1894.
Robert, th. de Bordeaux, 1890.
Yearsley, British med. Journal, 1898.
Turner, Soc. de laryng. de Londres 1896.
Ripault, Ann. de Gougenheim, 1895.

Baber, Soc. laryng. de Londres, 1895.
Garel, Annal. de Gougenheim, 1893.
Thost, Deustch. nedish. Vochensh., 1890.
Frœnkel, Archiv. für Laryng. und. Laryng., 1900.
Lacoarret, Rev. hebd. de laryng. etc., 1902.

TABLE

Imprimerie Vve Desprez. 6. rue de l'Hotel-de-Ville. — 30086